

**Participação de Sinistro  
Acidentes Pessoais**

Processo Sinistro nr. \_\_\_\_\_

Identificação do Tomador de Seguro \_\_\_\_\_ Ramo \_\_\_\_\_ Apólice \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ N.I.F. \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
Localidade \_\_\_\_\_ Cód. Postal - \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Identificação do Sinistrado

Nome \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
Localidade \_\_\_\_\_ Cód. Postal - \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Data de nascimento / / \_\_\_\_\_ N.I.B. \_\_\_\_\_  
N.I.F. \_\_\_\_\_ (Necessário para a abertura do processo)

Linha Verde

O sinistro já foi participado através da Linha Verde?  Sim  Não

Em caso afirmativo, indique a data e a hora do seu contacto: / / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Dados do acidente

Data / / \_\_\_\_\_ Hora h \_\_\_\_\_ Local do acidente \_\_\_\_\_

Descrição do acidente  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Partes do corpo atingidas \_\_\_\_\_

Tipo de lesões \_\_\_\_\_

Autoridade que tomou conta da ocorrência \_\_\_\_\_

Em caso de acidente de viação

O acidente está relacionado com a utilização de qualquer veículo?  Sim  Não Matrícula \_\_\_\_\_

Nome do Condutor \_\_\_\_\_ Nome do Proprietário \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Nº de apólice automóvel \_\_\_\_\_ Companhia \_\_\_\_\_ Responsabilidade presumida \_\_\_\_\_

Há testemunhas do acidente?  Sim  Não Em caso afirmativo indique nome e morada:

Nome \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_

WEBDOC PSAPE 09.07

20 00 07 00 00 02 29

## Informação sobre apólice de Acidentes de Trabalho

O acidente encontra-se coberto por uma apólice de Acidentes de Trabalho?  Sim  Não

Em caso afirmativo, indicar a seguradora

Apólice nr.

Entidade patronal

## Dados da assistência médica

Quem prestou a primeira assistência?

Morada do médico assistente

Telefone

Em caso de internamento hospitalar, indicar o nome e endereço do hospital / serviço

## Declarações e assinaturas

Autorizo a VICTORIA a pedir a qualquer médico, hospital ou clínica todos os dados necessários sobre o meu estado de saúde e consequências do acidente, pelo que os considero desobrigados do sigilo profissional.

É do meu conhecimento que as declarações falsas ou inexactas, mesmo quando o preenchimento deste impresso for por interposta pessoa, desobriguem a VICTORIA do pagamento de qualquer indemnização.

Feito em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Tomador

Assinatura do Sinistrado